Aus der Universitäts-Frauenklinik Breslau.
Direktor Prof. Dr. L. Fraenkel.

Verhalten der Uterusschleimhaut bei malignen Ovarialtumoren.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Alfred Wehse
Praktischer Arzt in Schwammelwitz, Kreis Neisse.

Breslau 1924.
Druck von G. Tobias, Gollendorf bei Patschkau.

Gedruckt mit Genehmigung
der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Fraenkel.

Es wird heute allgemein anerkannt, daß das Corpus luteum den cyklischen Umbau der Uterusschleimhaut veranlaßt, welcher erst eine Gravidität ermöglicht. Kommt eine solche nicht zustande, wird die Schleimhaut durch die Menstruation wieder abgestoßen, nachdem auch das Corpus luteum den Höhepunkt seiner Entwickelung überschritten hat und sich in Rückbildung befindet. Diese Vorgänge werden durch innersekretorische Tätigkeit bewirkt. Es liegt nun nahe, auch atypische Hyperplasien der Uterusmucosa und die daraus resultierende unregelmäßige Menstruation mit irgend welchen Störungen der inneren Sekretion der Ovarien in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Es sind Beobachtungen veröffentlicht mit kleinzystischer Degeneration der Ovarien und Hyperplasien des Endometriums. Ebenso fand man bei Corpus luteum Cysten, die dem Corpus luteum persistens der Rinder gleich zu stellen sind, eine nicht typische praemenstruelle wohl aber stark verdickte Schleimhaut mit auffallend langen, äußerst dicht neben einander gelagerten, aber schmalen Drüsen. Sie unterscheidet sich von der wirklichen praemenmenstruellen Schleimhaut und macht den Eindruck eines permanenten Zustandes. (s. Diss. Pischzek, Breslau 1923).

Ueber ein ähnliches Krankheitsbild, nämlich Veränderung der Uterusmucosa bei einer malignen Neubildung des Ovars habe ich zu berichten: Eine 59 jährige Frau bekam nach 6 jähriger Menopause wieder starke Blutungen vor 3 Jahren. Der Uterus war vergrößert und weich. Gleichzeitig bestand eine kirschgroße, sehr harte Resistenz des rechten Ovars. Die Abrasio brachte riesige Massen weicher,

schwammiger Schleimhaut zu Tage. Mikroskopisch zeigte diese Schleimhaut zahlreiche Drüsen von verschiedener Ausdehnung, an einzelnen Stellen dicht gedrängt. Das Epithel der Drüsen ist vorwiegend einschichtig. Die einzelnen Zellen sind gleichartig, das Zwischengewebe ist mäßig stark mit Rundzellen infiltriert. Auf den Palpationsbefund und den mikroskopischen Befund von Drüsenatypie und Wucherung in der Uterusschleimhaut wurde wegen Verdacht auf Malignität die Radikaloperation ausgeführt. Auf dem Durchschnitt zeigt die Wand des Uterus perimetrische Veränderungen. Die Schleimhaut ist hypertrophisch, gleichmäßig, kissenartig verdickt, aber nirgends tumorhaft vorgetrieben. Tuben und linkes Ovar zeigen keine Besonderheiten. Das rechte Ovar ist taubeneigroß mit leicht höckriger Oberfläche, sonst aber spiegelnd glatt. Auf dem Durchschnitt zeigt die laterale Hälfte eine walnußgroße, rundliche Neubildung von homogenem Aussehen, scharf von den übrigen Teilen abgesetzt. Sie ist derb und hat ockergelbe Farbe und ist über die Schnittfläche prominent.

Der Tumor zeigt mikroskopisch unter der Albuginea eine Schicht Ovarialgewebe mit einem erbsengroßen Follikel. Das Stroma ist fibrös. Von dieser Schicht deutlich abgesetzt durch eine bindegewebige Kapsel sieht man eine Neubildung, deren Grundsubstanz von wirr durcheinander geflochtenen, spindelförmigen, etwas plumpen Zellen von verschiedener Größe besteht. Kernarme, fibröse Partien wechseln mit Inseln oben beschriebener Zellen in dichter Anordnung ab. Der Tumor hat zahlreiche Blutgefäße mit normalem Endothel, auch Lymphspalten sind vorhanden. Der Tumor ist als Fibrosarkom vom Charakter der Rund- bis Spindelzellen anzusprechen.

Es fragt sich nun, ob zwischen diesen Befunden an Uterusmucosa und Ovar Wechselbeziehungen bestehen. Daß die Uterusmucosa die primäre Veränderung haben sollte und die Ovarveränderung das sekundäre sein soll, ist abzulehnen, da 1. die Uterusmucosa nicht maligen entartet ist, während der Ovarialtumor ein ausgesprochenes Fibrosarkom ist, und 2. da das Ovar funktionell dem Uterus übergeordnet bezw. der Uterus speziell seine Schleimhaut als „Erfolgsorgan" des Eierstocks anzusehen ist. Wenn wir nun Beziehungen annehmen wollen, kann nur der Ovarialtumor die Ursache sein. Durch das Wachsen des Tumors wird der Stoffwechsel in den

Ovarien vermehrt und dadurch könnte die Uterusmucosa sensibilisiert werden. Die 6 Jahre ruhende, senile Schleimhaut wird wieder angeregt und dadurch werden Bilder geschaffen, wie man sie im Beginn der Climax findet. Der Beweis ist natürlich nicht zu liefern.

Die mir zugängliche Literatur weist keine ähnlichen Fälle auf. Ich fasse zusammen: Bei einem Fibrosarkom des rechten Ovars einer 59jährigen Frau finden wir die Uterusmucosa hyperplastisch mit Drüsen von verschiedener Ausdehnung zum Teil dicht gedrängt, gleichartig, Drüsenatypie, aber keine Krebszapfen Das Zwischengewebe ist mäßig stark mit Rundzellen infiltriert. Es zeigt sich also nichts, was auf eine Metastase hinweisen könnte. Das linke Ovar hat auch keinerlei Metastasen. Der Fall mahnt uns, bei jedem Verdacht auf Neubildung im Ovar die Uterusschleimhaut genau auf irgend welche Veränderungen hin zu untersuchen, um eventuell doch noch Correlationen zwischen malignen Veränderungen des Ovars und der Uterusmucosa festzustellen. Ebenso sollte bei Atypie der Uterusmucosa stets auf einen malignen Ovarialtumor gefahndet werden.